

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 105

HERNIES DE L'ESTOMAC

ÉPIGASTRIQUES ET DIAPHRAGMATIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Mai 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis VASSEL

Né le 7 mai 1882, à Taulhac, près le Puy (Haute-Loire).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mai 1909

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 105

HERNIES DE L'ESTOMAC

ÉPIGASTRIQUES ET DIAPHRAGMATIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

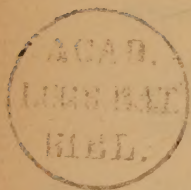
Et soutenue publiquement le 14 Mai 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis VASSEL

Né le 7 mai 1882, à Taulbac, près le Puy (Haute-Loire).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND, ag.
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LÉPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	BRETIN, ch...
TIXIER	PATEL	VORON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, *Président*; NOVÉ-JOSSERAND, *Asses* ;

MM GAYET et PATEL, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

AVANT-PROPOS

Au cours de nos études médicales, pendant une suppléance d'interne à l'Hôpital de Saint-Etienne, nous avons eu la bonne fortune d'assister le D^r Blanc dans une opération de hernie épigastrique bien rare, une hernie de l'estomac.

C'est de cette curieuse observation que date l'idée de notre travail.

Il nous a paru intéressant d'étudier en même temps les hernies de l'estomac qui se font à travers le diaphragme : ce viscère étant le plus souvent trouvé dans les hernies diaphragmatiques.

Le D^r Blanc qui a déjà fait sur ce cas intéressant une publication dans la Loire Médicale, souscrivit pleinement à notre projet, et nous aida de ses conseils et de sa compétence.

M. le professeur Jaboulay, dans le service duquel nous avons passé plusieurs mois très profitables à notre instruction, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse : qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude.

Nous remercions également MM. les professeurs agrégés Nové-Josserand, Gayet et Patel d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury.

Avant de quitter la Faculté, nous tenons à rendre hommage à tous ces maîtres lyonnais qui nous ont fait profiter de leur enseignement avec tant de bienveillance.

Nous n'oublierons pas nos camarades d'études dont plusieurs resteront pour nous des amis.

HERNIES DE L'ESTOMAC

ÉPIGASTRIQUES ET DIAPHRAGMATIQUES

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER

HERNIES DE L'ESTOMAC

Malgré son volume, l'estomac peut se hernier comme une simple anse d'intestin grêle.

Son élasticité jointe à la mobilité relative que lui laissent ses attaches, lui permet de s'invaginer assez pour constituer une hernie.

Théoriquement, il pourrait donc se hernier en arrière, sur les côtés, en avant, en bas même.

On l'a trouvé, en effet, dans les hernies de la ligne de Spiegel, en bas, dans les hernies ombilicales. On le trouve dans presque toutes les hernies diaphragmatiques ; et nous rapportons deux observations où on l'a trouvé sur la paroi épigastrique.

Nous n'étudierons que les hernies diaphragmatiques et épigastriques, les autres variétés de hernies de

l'estomac étant plutôt des cas bizarres, des curiosités scientifiques.

Il semble que le mécanisme de ces deux variétés de hernies soit le même.

La répétition d'efforts violents venant exagérer la pression des viscères abdominaux sur l'estomac est un important facteur de l'issue de cet organe hors de la cavité abdominale.

Et, tout d'abord, cette pression semble beaucoup plus élevée dans la région supérieure de l'abdomen que dans la partie inférieure.

Une laparotomie sus-ombilicale donne toujours plus de travail au chirurgien qu'une laparotomie du bas-ventre.

Delguet, d'ailleurs, a trouvé expérimentalement que la force demandée était beaucoup plus grande dans ce premier cas que dans le second.

Schneider accorde une certaine importance à la position dans laquelle l'effort se produit.

« Si l'on place, dit-il, sur l'abdomen d'un homme
« deux rubans métriques, l'un à la partie inférieure, à
« trois travers de doigt au-dessus du pubis, le second
« à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et
« qu'on fasse exécuter à cet homme le phénomène de
« l'effort, les effets seront différents suivant qu'il est
« debout ou couché.

« S'il est debout, le ruban inférieur se tend et le
« supérieur se relâche ; l'effort paraît donc porter sur
« les parties inférieures de l'abdomen. Si, au contraire,
« il est étendu, le ruban inférieur s'affaisse et les
« extrémités du ruban supérieur tendent à s'écarter

« l'une de l'autre. Il semble donc que l'effort agisse
« surtout alors sur les parties supérieures de la cavité
« abdominale. »

L'estomac, qui occupe la plus grande partie de la région sus-ombilicale, est donc bien placé pour subir l'influence de ces pressions, surtout par son volume, son élasticité et sa sensibilité.

En réalité, d'ailleurs, le premier effet d'un traumatisme sur une région quelconque de l'abdomen (coup de pied, chute sur un corps dur) n'est-il pas un réflexe stomacal (efforts de vomissements) ayant pour point de départ la pression que cet organe subit par contre-coup.

Mais la pression abdominale ne serait pas suffisante pour produire une hernie de l'estomac si elle n'était secondée par l'existence de causes prédisposantes rendant seule possible la production de la lésion.

Il faut admettre l'existence de points faibles, tenant soit à un vice de développement du diaphragme ou de la paroi abdominale, soit à une altération pathologique (cicatrices d'une blessure par arme à feu ou arme blanche).

L'estomac comprimé de bas en haut sous l'influence de la pression abdominale par l'effort, s'aplatira et tendra à bomber à l'épigastre, comprimé qu'il est entre le diaphragme d'une part et les viscères de l'autre.

S'il trouve à cet endroit une éraillure, une fissure de la paroi, il tendra à s'y engager. Dans des conditions favorables, on pourra avoir, dans ce cas, une hernie épigastrique de l'estomac.

Mais si le diaphragme cède en un point en s'appli-

quant contre l'estomac, surtout s'il présente une éraillure (congénitale ou acquise), l'estomac comprimé en bas par les viscères, en avant par une paroi épigastrique saine et robuste, tendra à s'engager à travers ce point faible.

On pourra, dans ce cas, voir se produire une hernie diaphragmatique de l'estomac.

A ce point de vue, il est intéressant de remarquer que la plupart des hernies diaphragmatiques que nous décrivons sont d'origine traumatique ; le diaphragme s'étant laissé forcer par l'estomac au niveau d'une cicatrice d'une plaie ancienne.

La région épigastrique bien plus exposée aux blessures que le diaphragme devrait donner lieu, par le même mécanisme, à des hernies de l'estomac aussi nombreuses que celles du diaphragme.

Pourquoi, cependant, en trouve-t-on si rarement ?

D'abord parce que la plupart des chirurgiens ne croient pas à son existence et qu'ainsi l'attention n'est pas attirée vers cette lésion.

On a opéré, il est vrai, pas mal de hernies épigastriques depuis que Championnière en a préconisé la cure radicale, et jamais on n'avait trouvé l'estomac.

Cela est très vrai.

Mais considérons quelques cas particuliers.

Dans la thèse de Saugeon, inspirée par Princeteau, de Bordeaux, nous trouvons quelques cas de hernies épigastriques chez les enfants. Toutes ont été opérées et on n'a pas trouvé l'estomac. Mais qu'on ait laissé évoluer ces hernies, il est bien probable qu'à la longue, à la faveur d'un incident (augmentation de la pression

abdominale), l'estomac se fût intromiscé dans le trajet herniaire, du moins pour celles qui siégeaient assez haut sur la ligne épigastrique.

Et quant aux adultes qu'on a opérés de hernies épigastriques, on est en droit de dire que quelquefois on n'est pas intervenu au bon moment pour rencontrer l'estomac.

L'estomac a pu occuper la hernie, mais sous l'influence de l'amaigrissement qui se produit toujours lors de cette lésion, la disposition de la graisse préherniaire a permis au viscère de rentrer dans l'abdomen.

Qu'il me suffise de citer pour exemple le cas de Busquet dont parle Rochard dans son *Traité des hernies*. Un malade qui, ayant maigri de 32 kilogrammes, vit disparaître une hernie épigastrique. L'estomac, entraîné, à un moment, dans le trajet herniaire, a pu ensuite rentrer dans l'abdomen par le même mécanisme.

CHAPITRE II

HERNIES ÉPIGASTRIQUES DE L'ESTOMAC HISTORIQUE

L'histoire de la hernie épigastrique est vieille et des plus intéressantes.

Au xvii^e siècle, Garengot décrivait des hernies situées à la partie supérieure de la ligne blanche, immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde et dont le contenu serait formé par l'estomac. Il présente plusieurs malades à ses collègues de l'Académie royale de chirurgie et la salle où se réunissait la docte assemblée des chirurgiens d'alors retentit souvent des discussions qui furent soulevées à ce sujet.

(A ce propos, nous regrettons vivement de n'avoir pu trouver les mémoires de l'Académie royale de chirurgie de cette époque.)

Cette opinion, plus ou moins admise ou combattue, fut ensuite reprise par Pipelet qui prétendait que les douleurs et les vomissements, accidents de la hernie épigastrique, étaient dus au pincement de l'estomac.

Depuis, ces conclusions ont été vivement combattues par Grunz de Leipzig, Brandi, Richter.

D'ailleurs l'autopsie, lorsqu'elle fut faite, fut toujours négative.

Depuis que la chirurgie est intervenue dans la cure opératoire avec Maunoir et Championnière, de nombreux travaux sont parus pour expliquer les accidents de ces hernies.

Mais on peut dire que les annales de la chirurgie n'avaient pas encore enregistré une hernie épigastrique de l'estomac.

Le cas de Latarjet et Adenot que nous publions date de 1904. Celui de Blanc de 1908.

CHAPITRE III

ANATOMIE. — ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

La région épigastrique désigne cette partie triangulaire de la paroi antérieure de l'abdomen, limitée en haut par l'appendice xiphoïde, sur les côtés par les rebords costaux et en bas par une ligne fictive horizontale passant au-dessous des fausses côtes.

La ligne blanche, qui constitue le point faible de cette région, est un ruban fibreux formé par l'entrecroisement des muscles larges de l'abdomen. Ces fibres tendineuses ménagent de loin en loin, dans la portion épigastrique et sus-ombilicale, de véritables orifices elliptiques. Ceux-ci, situés à droite et à gauche de l'axe médian, le long des bords internes des muscles droits, laissent passer les branches perforantes des vaisseaux et des nerfs épigastriques, ainsi que des pelotons adipeux, sortes de traits d'union entre le tissu cellulaire sous-péritonéal et le tissu cellulaire sous-cutané.

C'est par ces orifices que se produisent les hernies épigastriques.

Rappelons que c'est à ce niveau, qu'en raison de la mince épaisseur de la paroi et de sa faible vascularisation, on pratique l'ouverture de la cavité abdominale,

d'où faiblesse relative de la région épigastrique favorisant les hernies épigastriques post-opératoires.

Les hernies épigastriques de l'estomac ne diffèrent des hernies épigastriques simples que par la présence de l'estomac dans leur contenu. Aussi leur étiologie doit-elle être la même ; l'évolution seule est différente.

Il semble, en effet, que la hernie de l'estomac doive être amorcée par une hernie épigastrique simple qui serait le premier stade et la hernie de l'estomac le second, quelque rare qu'on ait encore vu cette dernière évolution. Pour Witzel, parmi les causes prédisposantes de cette hernie, les maladies de l'estomac tiennent le premier rang, parce qu'elles font maigrir le malade, et mettent ainsi sa paroi épigastrique en état de moindre résistance. Il cite aussi des exemples où la hernie est due à la rupture des aponévroses, déterminée par un coup, une chute.

Il faut admettre, avec Garengéot et Pipelet, que les efforts de vomissements en favorisent la production.

Berger cite deux cas de hernies épigastriques développées au niveau d'une cicatrice résultant d'un coup de couteau.

On peut voir aussi des hernies de l'estomac succéder à une opération de laparotomie. Socin a vu une hernie de cette espèce succéder à une opération sur le pylore.

Pelletan, Cloquet et, plus récemment, Terrier et Championnière, font jouer un rôle important au lipôme herniaire.

La graisse adhérente au péritoine pariétal s'énuclée facilement à travers les espaces lacunaires que présente la ligne blanche, entraînant avec elle le péritoine.

Elle détermine ainsi un infundibulum, un sac en miniature que la poussée des viscères transforme peu à peu en hernie véritable.

Une portion de l'estomac peut très bien être entraînée par ce mode d'action à la suite d'un diverticule péritonéal. Ainsi, dans notre observation II, le lipome présacculaire qui fut trouvé nous ferait-il penser à ce mécanisme.

Les malformations congénitales ont aussi un rôle qu'ont bien indiqué Cooper, Berger, Princeteau.

Berger décrit chez l'enfant des éventrations sus-ombilicales caractérisées par la raréfaction ou même l'absence complète des fibres tendineuses qui doivent relier entre eux les muscles droits.

Princeteau, aussi, a trouvé chez des enfants porteurs de hernies épigastriques un manque de développement de l'extrémité interne des intersections fibreuses de ces muscles.

L'éventration sus-ombilicale, dit Berger, est une disposition congénitale du ventre, d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune. Elle disparaît complètement avec l'âge et n'existe plus chez l'adulte où je ne l'ai rencontrée que deux fois.

Rapprochant le fait de la rareté de la hernie épigastrique dans l'enfance et sa fréquence relative dans l'âge adulte, Berger dit encore, que probablement avec la croissance les tissus fibreux de la ligne blanche se sont formés, leurs mailles serrées, mais laissant encore entre elles des espaces plus étendus par où vient s'amorcer la hernie épigastrique.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT.

Il n'est toujours pas facile de diagnostiquer une hernie épigastrique, puisqu'elle peut être de dimensions très exiguës ; le volume d'un pois, d'une tête d'épingle même.

Les hernies épigastriques de l'estomac attireront plus vite l'attention par leurs saillies plus importantes sur la paroi ; saillies qui atteindront au moins le volume d'une noix, d'une pomme, ou d'un œuf comme dans le cas de notre observation II.

La hernie de l'estomac est particulièrement douloureuse à la pression, fortement impulsée sous l'influence de la toux.

Mais la hernie une fois découverte, les signes physiques ne permettront pas de dire si la hernie est simplement épigastrique ou épigastrique contenant l'estomac.

Ce n'est pas davantage aux signes fonctionnels qu'il faudra s'adresser.

— Ceux-ci sont intenses. Le malade éprouve une pesanteur énorme avec des tiraillements à l'épigastre. Les nausées et les vomissements se montrent après les repas ou même plusieurs fois par jour.

Les troubles digestifs sont tellement accentués que c'est en se fondant sur ces désordres qu'on avait admis l'existence de gastrocèles épigastriques.

Mais l'expérience a démontré que même les simples hernies graisseuses donnaient ces mêmes phénomènes, qu'expliquerait la compression des pédicules vasculo-nerveux passant par les orifices normaux de la ligne blanche.

Cependant, l'expérimentation sur l'estomac, si on songeait à une hernie de ce viscère pourrait servir utilement à faire le diagnostic.

Si à l'aide d'une sonde œsophagienne on insuffle de l'air dans l'estomac, on produira un gonflement de la hernie épigastrique si on est en présence d'une hernie de l'estomac. La potion de Rivière pourra d'ailleurs rendre les mêmes services.

On aura en second lieu par la percussion un autre bon signe. L'estomac hernié, rempli d'air, donnera à la percussion une sonorité caractéristique.

L'étranglement de la hernie de l'estomac ne doit pas être rare. Dans notre observation II, nous avons une hernie de l'estomac en voie d'étranglement.

L'orifice fibreux laissait sur le pourtour de l'estomac hernié la trace d'un étranglement déjà amorcé. L'estomac était congestionné, ses veines dilatées, par gêne de la circulation au niveau du pincement de ce viscère.

Au point de vue du traitement, il ne saurait être question de bandages ni de corsets, car si l'anneau inguinal ou l'anneau ombilical a une tendance natu-

relle à se resserrer quand on maintient réduite la hernie qui le traverse, la pression d'une pelote destinée à contenir une hernie épigastrique ne fera qu'augmenter l'écartement des fibres orificielles.

Ici, en effet, nous avons affaire à une simple orifice dans une paroi sans épaisseur. Si derrière un segment musculaire est absent, seule l'opération permettra de détruire l'orifice existant, de renforcer d'une façon durable la paroi abdominale à l'endroit où elle a cédé.

A plus forte raison pour une hernie souvent irréductible et toujours douloureuse comme celle-ci.

Aussi le traitement chirurgical sera-t-il la règle.

Le point le plus délicat de cette opération est la fermeture de l'orifice herniaire, le péritoine étant extrêmement tenu au niveau de l'estomac et les muscles droits étant assez écartés à la partie supérieure de la région épigastrique.

Le procédé à volets aponévrotiques qu'emploie Princeteau dans les hernies épigastriques simples, doit pouvoir rendre ici les mêmes services.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

I. Obs. de Latarget et Adenot (S^r du D^r Poncet) (*Lyon Médical*, 1904, Bul. mars, p. 795).

Il s'agit d'une malade de vingt ans. L'affection actuelle remonte à l'âge de trois mois. A cette date elle a eu une hernie épigastrique qui s'est étranglée. La hernie s'est sphacélée et s'est secondairement ouverte à la peau.

Le D^r Gauthier de Coligny qui l'a vue à l'âge de un an a donné de très curieux renseignements. A cette époque, le lait ingéré par l'enfant reparaisait sous forme de grumeaux au niveau de ce véritable anus stomacal.

Mais l'évacuation des matières ingérées était très minime. La peau était digérée par place. M. Gauthier conseilla les pansements au bicarbonate de soude, pensant à une fistule gastrique.

Puis la malade a grandi normalement, la communication avec l'estomac s'est oblitérée et la malade s'alimentant parfaitement n'était plus embarrassée que par cette bouche qui sécrétait un liquide clair, visqueux, assez abondant.

Elle ne vient demander secours à la chirurgie que vingt ans après le début de l'affection.

A 2 centimètres au-dessus de l'ombilic existe une véritable rosace fermée par une muqueuse ectropiée.

La peau avoisinant cette bouche, de la largeur d'une pièce de 5 francs est digérée par place. Il existe des cicatrices cutanées qui indiquent le sens suivant lequel s'écoulait le suc gastrique.

L'ombilic est normal, bien que déformé et tirillé en long, l'anneau fibreux est intact.

La fistule stomacale conduit à un petit diverticule qui semble complètement séparé de la grande cavité de l'estomac.

L'ingestion de liquides colorés, de substances alimentaires, ne réapparaît pas au niveau de l'orifice.

Par contre ce diverticule isolé de l'estomac a conservé ses propriétés physiologiques normales, bien que privé de ses fonctions depuis vingt ans.

On aurait pu penser à une hernie embryonnaire avec section du diverticule de Meckel, mais les examens biochimiques institués par MM. Cade et Latarget ne permettent pas d'y songer.

On était bien en présence d'une hernie congénitale, épigastrique de l'estomac.

OBSERVATION I (2^e partie)

Presse méd., sept. 1904, p. 561.

Intervention pratiquée par le Dr Adenot.

Incision de la peau autour de la tumeur et remontant en forme de queue de raquette à peu près jusqu'à l'appendice xiphoïde. La peau est disséquée avec soin. On tombe sur le péritoine adhérent à la paroi et à la masse intestinale. Le diverticule est entouré par le péritoine qui se réfléchit sur la paroi d'une part et, d'autre part sur l'estomac lui-même.

On isole méthodiquement le diverticule fistuleux ou le décortique de ses adhérences. On s'aperçoit alors que la tunique musculaire de l'estomac se prolonge sur lui et forme sa paroi. Il n'en est pas de même de sa muqueuse. En effet, au niveau de l'insertion du diverticule sur l'organe, on constate, après incision de la tunique, fibro-musculaire superficielle, une véritable bague de tissu cicatriciel, épaissie et dure, que l'on incise au ciseau et qui permet de séparer les deux parties de l'estomac sans ouvrir ni l'une ni l'autre.

La tunique musculaire est suturée par-dessus la paroi muqueuse qui n'a pas été ouverte.

La malade est très bien guérie.

OBSERVATION II

Dr Blanc (*Loire médicale*, oct. 1908).

M..., âgé de trente-huit ans, cultivateur est envoyé à l'hôpital pour se faire opérer d'une hernie épigastrique

douloureuse, s'accompagnant de phénomènes fonctionnels très marqués.

Il y a onze ans, M... reçut dans la région épigastrique un coup de pied de vache qui déterminait une douleur violente avec syncope et l'obligea à garder le lit pendant trois mois.

Il éprouvait de violentes douleurs dans la région thoraco-abdominale gauche et pendant plus d'un mois son estomac se refusa à toute nourriture. L'ingestion d'aliments réveillait des souffrances atroces et provoquait des vomissements.

Peu à peu cependant, sous l'influence du repos, les phénomènes s'amendèrent, l'estomac devint plus tolérant et supporta le lait et les aliments liquides. M... reprit un peu de force, put se lever et reprendre son travail, mais son poids était tombé de 85 kilogrammes à 60. A son entrée à l'hôpital, il était de 65.

De cet accident date pour le blessé qui avait eu jusqu'alors une excellente santé, un changement complet d'existence.

Depuis lors, en effet, les digestions sont pénibles, les vomissements fréquents, l'estomac ballonné et douloureux après les repas.

Le moindre excès de travaux, le moindre écart de régime le mettait à bas et l'obligeait à se reposer dans le décubitus dorsal; il avait en outre de fréquentes syncopes.

Cet état resta stationnaire pendant neuf ans.

Il y a deux ans, en juillet 1906, à la suite d'un excès de travail, il fut pris d'une hématomérose assez considé-

nable : un médecin appelé diagnostiqua un ulcère de l'estomac, et mit notre malade au régime lacté.

Il ne se produisit pas de nouvelle hématoméose, mais voyant ses forces diminuer, son appétit disparaître et les troubles digestifs s'accroître, il rentra à l'hôpital sur les conseils du Dr Charlot pour y subir la cure radicale de sa hernie.

A son arrivée dans le service, nous trouvons dans la région épigastrique une tumeur ovalaire du volume d'un gros œuf de pigeon, de consistance molle, douloureuse à la palpation, sonore à la percussion. La peau est amincie à son niveau, mais sans changement de coloration.

Le petit diamètre de la tumeur passe par la base du triangle de Labbé, c'est-à-dire par la ligne qui réunit les neuvièmes cartilages costaux : le grand diamètre se confond avec la ligne blanche.

Sous l'influence de la toux, on sent la tumeur bomber dans la main et prendre un volume presque double, une pression légère la réduit incomplètement avec un bruit de glouglou caractéristique : il ne reste plus alors qu'une masse molle rappelant la consistance du lipome ou de l'épiploon. On porte le diagnostic de hernie intestino-épiploïque avec lipome probable.

L'opération est pratiquée le 15 février. Par une incision verticale suivant le grand diamètre de la tumeur, on arrive sur un lipome présacculaire que nous séparons du sac herniaire sous-jacent. Le sac est d'une minceur et d'une friabilité telle que nous avons beaucoup de peine à l'isoler sans le déchirer. Nous reconnaissons alors qu'il est beaucoup plus volumineux

qu'on ne l'aurait cru. Il atteint le volume d'un œuf de poule et s'étale à droite de la ligne médiane à travers une éraillure assez large de la ligne blanche. Au total, l'anneau fibreux qui donne passage à la hernie a les dimensions d'une pièce de 1 franc : le collet lui adhère intimement.

A travers la séreuse très amincie on perçoit l'anse herniée fortement appliquée contre elle, très congestionnée et sillonnée d'énormes vaisseaux dilatés et flexueux.

Craignant des adhérences, nous effondrons le sac avec les doigts pour ne pas blesser ce que nous croyons être l'intestin. Nous attirons ce dernier et quel n'est pas notre étonnement en reconnaissant la grande courbure de l'estomac enfoncé comme un coin à travers l'éraillure aponévrotique. Les vaisseaux sont au moins doublés de volume : elle n'a pas contracté d'adhérences avec le sac, mais on constate un sillon très net sur la base du coin stomacal, en rapport avec la striction exercée par l'anneau fibreux.

Ce dernier est agrandi aux ciseaux pour permettre d'atteindre davantage l'estomac et d'explorer ses parois. Nous n'y sentons rien de suspect. Il ne nous reste plus qu'à réséquer le sac, à suturer solidement l'anneau après l'avoir avivé et reconstituer la paroi comme à l'ordinaire.

Tout se passe bien : pas de température. Le malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines, ne souffre plus de l'estomac, ne vomit plus et s'alimente bien.

DEUXIÈME PARTIE

HERNIES DIAPHRAGMATIQUES DE L'ESTOMAC

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE, ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les hernies de l'estomac qui se produisent à travers le diaphragme portent encore le nom de hernie phrénique, thoracique ou phrénocèle.

L'histoire de ces hernies date des observations d'A. Paré, de Fontanus, de Morgagni. La thèse d'Auzelli, le mémoire de Richard et la thèse de Duguet sur la hernie congénitale, jusqu'au mémoire de Lacher (1880) qui rassemble et résume tous les travaux parus jusqu'à lui, constituent une première période où les différents auteurs semblent n'avoir d'autre souci que celui d'une bonne classification de ces hernies.

Depuis, différents ouvrages ont paru, préconisant un traitement ou soulevant des problèmes pathogéniques qui ne sont pas encore résolus. Ce sont les thèses de Meunier, de Grange, de Leclerc en France, de Frantz, Mayer, Rauert à l'étranger. Péan le premier pratiqua

la laparotomie sous-costale. Schwartz et Rochard ont préconisé au contraire la voie trans-pleurale.

L'étranglement diaphragmatique a suscité dans ces derniers temps les écrits de Boussac, de Bérard et Gallois.

Les hernies diaphragmatiques de l'estomac sont congénitales, acquises ou traumatiques.

« La hernie congénitale, dit Rochard, se forme chez
« le fœtus ou pendant les premiers jours de la vie :
« elle est rare après un an et plus tard, vers l'âge
« adulte, elle redevient aussi fréquente que dans l'en-
« fance. »

Pour qu'une hernie soit congénitale, il faut un orifice anormal du diaphragme et un orifice préformé. Les orifices herniaires congénitaux relèvent de l'embryologie. Ils ont existé normalement à un moment de la vie embryonnaire : et pour une raison inconnue ils ne se sont pas fermés. La partie postérieure du diaphragme se formant la dernière, et le côté gauche du corps étant le plus souvent en retard dans son développement, c'est à gauche que la hernie sera le plus fréquente.

Les hernies acquises se forment presque toujours à la suite d'efforts violents et répétés. Nous avons déjà dit que Schneider incriminait principalement les efforts qui se font dans le décubitus horizontal.

Ces efforts ont pour but d'écarter les fibres diaphragmatiques, de créer à la longue un orifice.

Mais il faut bien admettre que, dans ce cas, l'origine de l'orifice avait été posée par une fissure congénitale ou une cicatrice ancienne.

Les hernies traumatiques vraies sont plutôt des éventrations : à la suite d'une contusion thoraco-abdominale, d'une plaie diaphragmatique par instruments tranchants ou par balles, il y a division immédiate des fibres diaphragmatiques et hernies d'emblée.

Mais les plus intéressantes de ces hernies sont les hernies graduelles. Un temps assez long s'écoule après l'accident, le blessé paraît même guéri ; plus tard, à l'occasion d'un violent effort, ou spontanément, la hernie manifeste sa présence. Le rôle de l'effort semble alors manifeste et les hernies rentrent dans le cadre des hernies acquises. A ce propos, il est intéressant de remarquer que ces hernies acquises peuvent avoir à leur origine ou la congénitalité ou le traumatisme. Ainsi dans notre observation X une hernie diaphragmatique congénitale se manifeste à propos d'une grossesse.

Dans les observations VI et VII nous voyons une hernie diaphragmatique ayant le traumatisme pour origine n'apparaître que plus tard, à l'occasion d'un effort.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE — SYMPTOMES — DIAGNOSTIC TRAITEMENT

L'estomac est l'organe que l'on rencontre le plus souvent dans les hernies diaphragmatiques, tantôt seul, tantôt, et c'est le plus souvent, accompagné d'un ou de plusieurs autres organes.

Dans la thèse de Grange, dont nous reproduisons les observations de hernies de l'estomac les plus intéressantes, nous trouvons ce viscère 17 fois sur 30 hernies diaphragmatiques.

Rochard donne la statistique suivante :

Organes contenus dans les hernies diaphragmatiques.

Sur 330 cas

Estomac	187	Duodénum	48
Côlon	177	Cæcum	35
Intestin grêle . .	113	Pancréas	32
Epiploon	107	Rein gauche . . .	2
Foie.	60	Rein droit	1

Situé immédiatement au-dessus du diaphragme, élastique, mobile facilement, l'estomac est bien placé pour forcer un point faible de la paroi diaphragma-

tique et s'intromiscer le premier dans une hernie de ce genre.

L'estomac peut, à lui seul, constituer la tumeur herniaire. Il est tantôt entièrement passé dans le thorax (obs. IV et V), tantôt, au contraire, il n'est que partiellement engagé et, dans ce cas, on peut rencontrer dans la poitrine à peu près toutes les parties de l'organe.

Ou bien on y trouve seulement le grand cul-de-sac (Luys), ou bien la partie pylorique (Garlich); d'autres fois, une portion de la grande courbure (Adh. Robert).

L'estomac peut être libre et sans adhérences. Quelquefois, au contraire, il est adhérent soit au collet du sac, soit à l'anneau (obs. VI) herniaire. Dans bon nombre d'observations, il est réductible et sans altération. Mais il peut être enflammé ou bien étranglé. L'étranglement est dû soit à la striction de l'anneau, soit à la torsion de l'estomac sur son axe par changement de direction. Enfin, dans quelques cas (Klingelshoffer, Valette), on a même signalé l'existence d'ulcérations et de perforations complètes de ses parois.

Cette intromission de l'estomac dans la cavité thoracique ne va pas sans déterminer des modifications dans la cage pulmonaire.

Le cœur subit le premier choc. On le trouve déplacé en haut, en arrière ou à droite.

Le poumon gauche (et quelquefois les deux) est refoulé, atélectasié, au point quelquefois de ne présenter plus que le volume d'une noix ou d'un haricot.

Il y a des hernies avec sac et des hernies sans sac.

Les hernies traumatiques sont presque toujours

dépourvues de sac, la blessure ayant intéressé la séreuse diaphragmatique.

Il s'agit souvent aussi d'un arrêt de développement qui a porté sur le muscle et les deux séreuses qui le recouvrent.

Dans les hernies avec sac, celui-ci est formé par le péritoine seul, soit par la plèvre et le péritoine accolés. Quelquefois même, on peut voir le péritoine et le péricarde s'adosser pour constituer un sac à double paroi.

Ces hernies avec sac sont, le plus souvent, des hernies congénitales.

D'après Tandler, l'augmentation du volume du foie serait une preuve de la congénitalité de la hernie. Le foie embryonnaire occupe, dit-il, tout l'espace qu'il trouve à sa disposition; or, en cas de déplacement d'une partie des viscères abdominaux, cet espace est plus grand qu'à l'état normal.

Quoi qu'il en soit, il est certain que même l'autopsie ou l'opération ne permettra pas toujours de dire si telle hernie est congénitale ou acquise.

Bon nombre de hernies de l'estomac ne donnent pas d'histoire clinique et sont des trouvailles d'autopsie. D'autres, bien supportées, n'éveillent pas l'attention. On ne voit que la dyspepsie et on ne songe pas à la cause.

Très souvent, ces hernies s'étranglent quand elles se produisent.

La douleur est à peu près constante, siégeant à l'épigastre ou dans la région dorsale et modifiée par l'ingestion des aliments.

La dyspnée est fréquente, souvent due à la compression du cœur, à la difficulté de l'effort.

D'après Auzelli, elle augmente dans le décubitus dorsal, parce que dans cette position l'estomac pèserait davantage sur le poumon que dans la position verticale.

Pour J.-L. Petit, Bowditch et d'autres encore, elle serait le plus souvent calmée par l'ingestion des aliments; 16 fois sur 19, d'après Ollivet. Ce serait le poids des aliments qui ferait rentrer l'estomac dans l'abdomen. Par contre, il est d'autres cas où la réplétion stomacale produit la dyspnée.

Les hématomésos ne sont pas rares et dues probablement à la striction des vaisseaux de la musculuse par l'anneau herniaire, striction qui peut amener la rupture d'un vaisseau par excès de tension sanguine.

Le vomissement simple est à peu près constant.

On peut voir, à l'inspection de l'abdomen, un affaissement épigastrique coïncidant avec une voussure thoracique supplémentaire du même côté.

Avec l'estomac dans le thorax, on aura une sonorité anormale; mais, à moins que la sonorité ne remonte très haut, on négligera ce signe si on n'est pas averti de par ailleurs.

Les bruits du cœur déplacés, les borborygmes et les gargouillements aideront au diagnostic.

Les hernies de petit volume sont habituellement bien tolérées; les troubles fonctionnels sont peu marqués. Mais, à la longue, elles gênent le fonctionnement du poumon et du cœur.

Tout porteur d'une hernie diaphragmatique de l'es-

tomac, congénitale ou autre est sans cesse exposé à des accidents mortels par étranglement de sa hernie.

C'est par l'observance d'une hygiène appropriée qu'on pourra prévenir toute complication grave, d'un état compatible avec la vie et même la santé. Le sujet aura, pour cela, à éviter les exercices violents, les mouvements brusques, la surcharge de l'estomac, et on se rappellera qu'il est dans un état d'infériorité notoire, que la moindre maladie intercurrente peut être pour lui fatale, surtout la pleurésie et la pneumonie.

Comme nous l'avons dit, d'ailleurs, une hernie de ce genre ne sera reconnue, le plus souvent, qu'au moment de son étranglement. Ce n'est qu'alors qu'on sera appelé à intervenir. Une intervention chirurgicale peut sauver la vie du malade. Ce n'est pourtant pas le cas des opérés de nos observations. La faute en est souvent au défaut de diagnostic, en tout cas à ce que l'opération a été trop tardive.

Aussi faut-il examiner avec soin la possibilité d'une hernie diaphragmatique lorsqu'on constate l'existence d'un étranglement interne. Dans la hernie traumatique d'emblée, l'étranglement est fréquent et a lieu presque toujours au moment où la hernie se produit.

Il y a surtout lieu d'y songer lorsque la dyspnée est précoce et que le type respiratoire est exclusivement costal supérieur. La douleur épigastrique est un symptôme assez inconstant; on signale la soif vive, le hoquet. Mais il n'y a de réellement probants que les signes objectifs tirés de la percussion et de l'auscultation de la poitrine.

« La relation chronologique, dit Annequin, entre un étranglement interne et l'apparition de symptômes thoraciques unilatéraux est presque pathognomonique ».

L'insufflation de l'estomac rendra d'utiles services. A mesure que l'air pénétrera, l'oreille pourra percevoir un bruissement dans le thorax, et la respiration du malade deviendra plus gênée. La sonorité stomacale remontera encore plus haut dans le thorax.

Ollivet recommande d'ausculter le malade après le repas ; surtout quand il a bu des boissons abondantes.

Enfin, la radiographie renseignera utilement. L'estomac ayant été préalablement rempli d'air, soit avec la sonde œsophagienne, soit à l'aide de poudres gazo-gènes, on verra sur l'écran les ondes aériennes comme on voit les gaz intestinaux.

Ce qui rend ces moyens d'investigation souvent illusoire, c'est qu'on ne songe pas à une hernie diaphragmatique et qu'on ne songe pas à les utiliser.

On pense à un hydrothorax, à une pleurésie, à un épanchement péricardique même ; à ce qui explique le plus, soit le déplacement du cœur, soit les modifications de la sonorité ou des bruits stéthoscopiques.

On fait le diagnostic le plus probable : l'élément essentiel du diagnostic de hernie diaphragmatique de l'estomac, c'est d'y penser.

Le traitement ne s'impose que dans les hernies étranglées, car le diagnostic ne se pose pas en pratique dans les hernies non compliquées. Cependant, il est évident que si on faisait un pareil diagnostic, il faudrait intervenir, l'étranglement guettant le malade.

Dans ce cas, la laparotomie sera le procédé de choix. Le chirurgien aura ainsi un moyen de confirmer son diagnostic, et s'il constate une hernie diaphragmatique, il lui sera toujours possible d'achever par la voie thoracique.

Nous ne croyons pas, d'ailleurs, que la voie transpleurale préconisée par Schwartz et Rochard soit toujours nécessaire dans une hernie de l'estomac, surtout si celui-ci n'est pas entièrement hernié.

Blum et Raynart ont mené à bien deux opérations de ce genre. Vayhinger relate trois guérisons sur sept cas.

Cependant, lorsque l'estomac aura contracté des adhérences avec la plèvre, ou que, pour une raison quelconque, il sera impossible de terminer l'opération par le ventre, il faudra aborder la hernie par la voie thoracique. C'est la méthode mixte que recommande Lejars.

« Il suffit, dit Rochard, de pratiquer une résection
« costale ou mieux un vaste lambeau en U, ostéo-mus-
« culo-cutané, comprenant la IX^e côte et les deux
« espaces intercostaux sus- et sous-jacents.

« On incise ensuite la plèvre et l'on écarte alors les
« deux lèvres de la plaie.

« La hernie est sous les yeux, avec ou sans sac pres-
« que toujours. Il faut alors débrider l'anneau qui
« l'étrangle en guidant son bistouri le long du doigt
« qui s'insinue dans l'orifice herniaire. »

L'organe hernié est attiré, on vérifie l'état de ses parois et, suivant cet état, on réduit, ou même, dans quelques cas, on sera dans la nécessité de pratiquer une gastrectomie partielle.

Il faut ensuite fermer l'orifice. On peut suturer les deux lèvres après les avoir préalablement avivées. Ou bien, si l'orifice est proche de la paroi, on suturera son bord supérieur à la lèvre inférieure de l'incision pariétale, comme l'indique Lejars.

Si l'orifice était trop large, il faudrait peut-être avoir recours au procédé proposé par Horoch que citent MM. Blum et Ombrédanne, et qui consiste à suturer l'estomac à toute la circonférence de l'orifice herniaire, pour obturer celui-ci.

OBSERVATION I (Th. de Grange).

(Guttman, *Deutsch. méd. Woch. Berl.*, p. 209, 1884.)

Une femme de quarante-deux ans cardiaque, atteinte de rétrécissement mitral avec hypertrophie du cœur, et chez qui le siège des battements se trouvait à droite du sternum, succombe.

A l'autopsie on trouva dans la plèvre gauche, l'estomac, plus le lobe gauche du foie, une partie du côlon transverse et quelques anses intestinales.

L'orifice était recouvert par le péritoine et la plèvre. Le vaste défaut de substance musculaire du diaphragme était probablement congénital.

OBSERVATION II (Th. de Grange).

(Neumann, *Jahresbericht Virchow*, 1889.)

Jeune homme de dix-neuf ans, pris de vomissements et de douleurs au niveau du cardia : sonorité tympa-

nique au niveau du poumon gauche, respiration affaiblie, cœur déplacé à droite.

On diagnostique : Hernie diaphragmatique étranglée.

Laparotomie le quatrième jour : La plus grande partie de l'estomac et de l'épiploon était engagée dans le diaphragme, recouverts d'un sac épiploïque. On débride l'anneau en plusieurs points, on l'agrandit sans pouvoir réduire la hernie.

Mort le même soir.

A l'autopsie, on put facilement réduire l'intestin.

La pression atmosphérique d'une part, la pression négative de la cavité pleurale d'autre part, ont été cause de cette irréductibilité pendant l'opération. L'auteur regrette de ne pas avoir fait une ouverture à la cavité pleurale entre deux côtes pleurales.

OBSERVATION III (Th. de Grange).

(Dr Hale, *The Lancet*, 1893.)

Homme de quarante-neuf ans, se plaignant de pyrosis avec vomissements intermittents.

On ne constate pas d'affection organique, constipation absolue, douleur à l'épigastre.

Lavages d'estomac donnèrent un soulagement temporaire. Mort par épuisement. A l'autopsie, on trouve l'estomac et une partie du côlon logés dans le côté gauche du thorax ; une ouverture mousse du diaphragme de la grandeur d'un poing fermé lui donnait passage. Le cœur était élevé, mais non déplacé latéralement.

OBSERVATION IV (Th. de Grange).

(Reinchart, *Deutsch. méd. Woch.*, 1891.)

Fille publique, vingt-sept ans, fut prise brusquement une nuit de violentes coliques et mourut peu après. A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de traumatisme.

L'intestin grêle, l'épiploon, le côlon transverse et la plus grande partie de l'estomac étaient logés dans la plèvre gauche. Le poumon était petit, sec et atélectasié. Pas de sac herniaire. Cette hernie doit être d'origine congénitale.

OBSERVATION V (Th. de Grange).

(Barbieri et Lévi, *Gaz. degli Ospitali*, 1891.)

Homme, trente-neuf ans, tombe d'une hauteur de 12 mètres. Dyspnée, pouls irrégulier, pas de troubles intestinaux, mort le troisième jour.

Autopsie : le diaphragme présente une ouverture de 7 centimètres de large sur 4 centimètres de long, par laquelle l'estomac est presque entièrement engagé.

OBSERVATION VI (Th. de Grange).

Hern. diaph. conséc. à perf. du diaph. p. 1 balle
(Robert, *Sociét. Anat.*, 1880).

Homme, vingt-quatre ans, reçoit un coup de revolver dans la poitrine ; la balle de 7 millimètres a pénétré dans le sixième espace intercostal gauche : production d'un hémothorax qui guérit.

Un an après, sans cause connue, signes d'obstruction

intestinale. Mort. Le diaphragme présente un orifice mousse et lisse, qui donne passage à l'estomac, au côlon transverse et à une partie du grand épiploon. Les viscères sont contenus dans une poche, sorte de sac adhérent à la partie supérieure du diaphragme et distinct au niveau du poumon et du péricarde.

Dans l'abdomen on voit une partie de l'estomac gros comme un œuf de poule qui n'a pas passé dans le thorax. La rate est située en arrière de l'anneau, elle longe la balle de revolver sous sa capsule. La première partie du côlon était également dans la poche et il semble qu'une traction ait été exercée sur elle de bas en haut, car le mésocôlon descendant présentait des plis obliquement dirigés de bas en haut et d'arrière en avant.

OBSERVATION VII (Th. de Grange).

Hern. diaph. diagn. pend. la vie, conf. à l'autopsie
Bancacio (Morgagni, Napoli 1889).

Homme, cinquante-et-un ans, reçut il y a trois ans, trois coups de couteau dans l'hypocondre gauche. Il était guéri depuis trois mois lorsqu'il fit une chute de 2 mètres. Depuis, douleurs au creux de l'estomac que venait calmer les vomissements. Le malade dépérissait, il entra à l'hôpital. La base gauche du thorax est élargie, les vibrations sont exagérées, la percussion dénote du tympanisme depuis la base jusqu'à la troisième côte. Rien d'anormal à droite, sinon que la respiration est supplémentaire.

En présence de tels signes on porte le diagnostic de

hernie diaphragmatique. Le malade meurt à l'hôpital trois ans après d'une attaque d'apoplexie.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre gauche l'estomac dilaté et le tiers du duodénum. Un orifice de 5 cm. 50, au centre aponévrotique du diaphragme livrait passage aux viscères qui s'élevaient jusqu'à la troisième côte. Les viscères étaient adhérents au pourtour de l'orifice. L'estomac adhérait par plusieurs points avec la plèvre diaphragmatique. On doit noter que cet homme avait reçu, dix-sept ans avant dans une rixe, 13 coups de couteau dont il avait guéri.

OBSERVATION VIII (Th. de Grange).

Hern. diaphr. conséc. à rupt. du diaph.

(Foucras, *Recueil de Méd. vétérinaire*, t. VIII, 1881.)

Un malade, ayant éprouvé dix ans auparavant une violente compression de la poitrine par chute d'un arbre, revient à l'hôpital avec de la matité à la base gauche, bruits de glouglou à la succussion, troubles digestifs, vomissements.

Il meurt subitement le mois suivant.

Autopsie. Côté gauche, diaphragme semble manquer, dans le thorax on trouve le côlon transverse, la rate, l'épiploon, l'estomac, sauf le pylore. Le poumon est refoulé. Mort due à un ulcère du duodénum.

OBSERVATION IX (Th. de Grange).

Hernie diaphragmatique du pylore consécutive à une blessure du diaphragme.

(*Centralblatt. f. Chirurg.* 1893).

Un militaire ayant reçu un coup de couteau peut

continuer son service sans inconvénient pendant plusieurs mois puis surviennent des accidents d'obstruction intestinale qui amènent la mort au neuvième jour.

Autopsie. — Hernie diaphragmatique gauche contenant la portion pylorique de l'estomac et 32 centimètres du gros intestin.

OBSERVATION X

Hernie diaphragmatique congénitale chez une femme enceinte.

Kein (*Bulletin méd.* 1898, p. 497).

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital Saint-Antoine avec des douleurs abdominales et des signes de pneumothorax généralisé à gauche. Elle eut une hématomèse abondante suivie de phénomènes d'étranglement interne ayant amené la mort.

A l'autopsie on trouva un orifice diaphragmatique anormal à gauche, par où pénétrait l'estomac dans le thorax. Le foie est en place normale ainsi que les reins. Le tube digestif tout entier est dans la plèvre gauche, l'intestin grêle et le mésentère étant contenus dans un sac péritonéal. Le côlon descend par le même orifice pour se continuer normalement avec le rectum. Le cœur est à droite, le poumon gauche est rudimentaire. Les auteurs de cette observation croient que l'utérus gravide ayant comprimé le tube digestif, il a pu se produire des phénomènes de refoulement de l'intestin dans le thorax.

OBSERVATION XI

Hernie diaphragmatique de l'estomac diagnostiquée par la radiographie et l'insufflation de l'estomac.

(Séance de la Société des médecins de Vienne, *Sem. méd.*,
30 octob. 1907.)

A. Herz, présente un homme qui entra à l'hôpital pour de graves hémorragies gastriques que l'on croyait dues à un ulcère de l'estomac.

Dans la moitié gauche du thorax la percussion dénotait un son tympanique qui s'étendait en haut et jusqu'à la quatrième côte et dont l'aire augmentait quand on insufflait l'estomac. En outre le foie était augmenté de volume.

L'examen radioscopique montra qu'il s'agissait d'un estomac en sablier faisant hernie dans la cavité thoracique.

CONCLUSIONS

I. — L'estomac malgré son volume peut se hernier comme une simple anse d'intestin grêle, grâce à son élasticité et à la place qu'il occupe. On le trouve dans la plupart des hernies diaphragmatiques et quelquefois dans les hernies épigastriques.

II. — Les hernies épigastriques de l'estomac ont été admises au ^{xvii}^e siècle par Garangeot et par Pipelet. Ces deux auteurs n'ont pas trouvé de crédit auprès de leurs contemporains, parce que l'autopsie de leurs malades a été négative ou n'a pu être faite. La plupart des auteurs nient encore aujourd'hui l'existence de ces hernies.

Les deux observations que nous publions sont très nettes et il semble qu'on doive désormais songer à une hernie de l'estomac en présence d'une hernie épigastrique.

III. — Les symptômes de cette hernie ne diffèrent pas de ceux de la hernie épigastrique simple, si ce n'est peut-être par leur plus grande gravité.

L'insufflation de l'estomac peut aider utilement le diagnostic par la dilatation de la hernie et la sonorité qu'elle donne à la percussion si on est en présence d'une hernie de ce viscère.

IV. — On aurait peut-être plus souvent trouvé

l'estomac si on avait toujours opéré les hernies épigastriques, ce qu'il faudra toujours faire car les symptômes sont toujours très graves, la hernie toujours douloureuse et non susceptible de regresser par le port d'un bandage.

V. — Les hernies de l'estomac sont les plus fréquentes des hernies diaphragmatiques.

Il peut à lui seul constituer la tumeur herniaire. Il est tantôt entièrement passé dans le thorax, tantôt au contraire il n'est que partiellement engagé et, dans ce cas on peut rencontrer dans la poitrine à peu près toutes les différentes parties de l'organe.

VI. — L'existence d'une hernie de ce genre est souvent compatible avec la vie, mais le sujet qui en est porteur est à la merci d'une complication presque toujours fatale. En présence d'un étranglement interne, il faudra toujours penser à la possibilité d'une telle hernie. L'insufflation de l'estomac et la radiographie seront d'un grand secours pour faire le diagnostic.

VII. — Un étranglement étant toujours possible, il faudra laparotomiser très précocement et s'aider au besoin par l'ouverture de la cavité thoracique.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} mai 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Hernies épigastriques.

- BONNET, *de la Cure radicale des hernies épigastriques* (thèse de Paris, 1887).
- CHAILLOUX, *Essai sur la hernie épigastrique et son traitement* (thèse de Paris, 1894).
- BERGER, Article HERNIE DE LA LIGNE BLANCHE (In *Duplay et Reclus*).
- GARENGEOT, *Mémoire de l'Académie royale de Chirurgie*, 1743.
- BLANC, *Loire Médicale*, octobre 1908.
- JABOULAY et PATEL, Article HERNIE ÉPIGASTRIQUE (In *Le Dentu et Delbet*).
- LE PAGE, *des Résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques* (thèse de Paris, 1888).
- RIOU, *Cure radicale de la hernie épigastrique* (thèse de Paris, 1893).
- ROCHARD, *les Hernies*, Oct. Doin, 1896.
- SAUGEON, *Hernies épigastriques chez les enfants* (thèse de Bordeaux, 1897).
- VALLOT, *Hernies épigastriques* (thèse de Lyon, 1907).

Hernies diaphragmatiques.

- ANNEQUIN, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, t. XXI, Paris, 1893.
- ANZELLY, *des Hernies qui se font à travers le diaphragme* (thèse de Paris, 1842).
- BLUM et OMBRÉDANNE, *Arch. gén. de méd.*, 1896.
- BÉRARD et GALLOIS, *Bulletin médical*, 1898.
- BOURSIER, Article DIAPHRAGME (*Dictionnaire Dechambre*).
- DUGUET, *de la Hernie diaphragmatique congénitale* (thèse de Paris, 1866).

- GARLICH, Hernie diaphragmatique du pylore chez un enfant de deux ans (*the Lancet*, 1878).
- GRANGE, *Hernies rares* (thèse de Lyon, 1896).
- JABOULAY et PATEL, Article HERNIES (In *Le Dentu et Delbet*).
- KLINGELSHOFFER, Hernie diaphragmatique étranglée ; perforation de l'estomac (*Gaz. méd. de Paris*, 1877).
- LECLERC, *Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales* (thèse de Paris, 1900).
- LUYS, Hernie diaphragmatique de l'estomac (*Arch. gén. de méd.*, t. XXX, 1855).
- ROCHARD, *les Hernies*, Oct. Doin, Paris.
- SCHNEIDER, *Considérations sur les hernies diaphragmatiques* (thèse de Paris, 1893).
- ROBERT (Adh.), Hernie diaphragmatique de l'estomac (*Bullet. Soc. d'Anat. de Paris*, 1880).
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
-----------------------	---

PREMIÈRE PARTIE. — *Introduction.*

CHAPITRE PREMIER. — Hernies de l'estomac	9
CHAPITRE II. — Hernies épigastriques de l'estomac.	
Historique.	14
CHAPITRE III. — Anatomie. Etiologie. Pathogénie.	16
CHAPITRE IV. — Symptômes. Diagnostic. Traitement.	19
CHAPITRE V. — Observations	22

DEUXIÈME PARTIE. — *Hernies diaphragmatiques de l'estomac.*

CHAPITRE PREMIER. — Historique. Etiologie. Pathogénie.	29
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique. Symptômes.	
Diagnostic. Traitement.	32
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE.	49

